

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Versorgungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

Swiss Life Unterstützungskasse e.V.  
Berliner Straße 85  
80805 München

**Betriebliche Altersversorgung der Firma** \_\_\_\_\_  
Firmierung des Arbeitgebers

Sehr geehrte Damen und Herren,

bitte nehmen Sie zur Kenntnis, dass im Falle meines Todes meine Lebensgefährtin/ mein Lebensgefährte

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname der Lebensgefährtin/ des Lebensgefährten, geb. am

\_\_\_\_\_  
Anschrift

aus einer individuell auf das Leben dieser Person eingeschlossenen Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung eine Hinterbliebenenversorgung erhalten soll.

Im Falle einer nicht individuell auf das Leben einer versorgungsberechtigten Person eingeschlossenen Hinterbliebenenversicherung führen fällige Todesfall-Leistungen aus der Hauptversicherung nur dann zu einer Hinterbliebenenversorgung meiner/s Lebensgefährtin/en, sofern ich zum Zeitpunkt meines Todes

- nicht mit einer anderen Person verheiratet bin bzw. nicht in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes (LPartG) lebe und
- keine Kinder im Sinne des § 32 Abs. 3 und 4 Satz 1 Nr. 1 bis 3 EStG habe.

Ich versichere, dass mit der/dem oben genannten Lebensgefährtin/Lebensgefährten eine gemeinsame Haushaltsführung besteht, die auf Dauer angelegt ist. Wenn sich in der beschriebenen Situation Änderungen ergeben, informiere ich umgehend meinen Arbeitgeber.

Mit freundlichen Grüßen

.....  
Unterschrift

---

**Kenntnisnahme der Lebensgefährtin/ des Lebensgefährten:**

Ich habe diese Verfügung meiner Lebensgefährtin/meines Lebensgefährten mit den genannten Leistungsvoraussetzungen zur Kenntnis genommen und bin darüber informiert, dass der versorgungsberechtigte Mitarbeiter die zu meinen Gunsten erfolgte Eintragung zur Hinterbliebenenversorgung widerrufen kann, ohne dass ich darüber informiert werden muss.

....., .....,  
Ort Datum

.....  
Unterschrift

---

**Erklärung des Trägerunternehmens:**

Wir sind mit dieser Verfügung unseres Mitarbeiters einverstanden:

....., .....,  
Ort Datum

.....  
Stempel und Unterschrift